Nr 51. Kraków, 21. grudnia 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 21 grudnia 1918 Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I b) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Rak ogólny w następstwie pierwotnych zmian w żołądku pod postacią gruźlicy prosówkowej. (Carcinosis miliaris acuta).

Napisał

Prymaryusz Dr Antoni Krokiewicz.

Rak ogólny (carcinosis) w następstwie pierwotnych zmian w żołądku, przebiegający pod postacią ostrej gruźlicy prosówkowej, należy do wielkich rzadkości, a rozpoznanie właściwie dopiero na stole sekcyjnym może być dokonane. W zwykłych warunkach sprawa chorobowa przy raku żołądka trwa średnio jeden rok, rzadziej około dwóch lat. Znane są jednak nieliczne przypadki raka żołądka, zwłaszcza u osób młodych, o przebiegu bardzo szybkim (carcinoma acutum). Tak n. p. w przypadku Schneppego (Jaworski: Podręcznik chorób żołądka) miał cały czas choroby wynosić tylko 20 tygodni. Wogóle doświadczenie kliniczne poucza, iż rak żołądka tem szybciej przebiega, im młodszy jest wiek chorego.

Nader rzadko rak żołądka ujawnia się wśród objawów jedynie tylko bardzo ostrego procesu chorobowego, tworząc ogniska rozliczne wtórorzędne wielkości prosa lub drobnego grochu w narządach wewnętrznych tak, iż pierwotne zmiany w żołądku uchodzą zupełnie uwagi przy spostrzeganiu klinicznem. Ponieważ wtedy występuje stan gorączkowy, pojawiają się przypady mózgowe i zaburzenia w oddychaniu, które w kilku tygodniach wywołują zejście śmiertelne, a ogniska wtórorzędne w narządach wewnętrznych są drobne, wielkości ziarn prosa lub drobnego grochu, przeto ze względu na analogiczny obraz, napotykany przy ostrej gruźlicy prosówkowej, usprawiedliwiona jest naówczas tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomopatologicznego, nazwa »ostrego prosówkowego raka ogólnego« (carcinosis miliaris acuta, Köhler i Demme). W przypadkach tych przychodzi do rozsianego procesu nowotworowego nietylko drogą naczyń limfatycznych, ale i w bardzo znacznej części drogą naczyń krwionośnych przez masowe zatory komórkami nowotworowemi, oddzielonemi z ogniska pierwotnego i wyposażonemi niezwykłą siłą rozwojową.

W ostatnim czasie miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale to niezwykłe schorzenie i dlatego uważam za stosowne rzecz tę podać do szerszej wiadomości.

M. G., l. 22, służąca z Krakowa, przyjęta na oddział 30. V. 1918. Według wywiadów ma być chora dopiero od dwóch tygodni; poprzednio była zdrowa. Choroba objawia się bólami w plecach i podżebrzu lewem; od trzech dni dziennie trzy wolne stolce. Obciążenia dziedzicznego niema.

Stan chorej w dniu przyjęcia następujący: Budowa i odżywienie dobre. Skóra sucha, gorąca, lekko zaróżowiona. Gruczoły chłonne obwodowe bez zmian. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona. Dolna granica płuc z przodu po stronie prawej w linii sutkowej na 6. żebrze, mało ruchoma, a po stronie lewej na 4. żebrze. Odgłos opukowy jawny, szmery oddechowe zaostrzone. Z tyłu dolna granica płuc po obu stronach w linii przykręgowej na 10. żebrze mało ruchoma; odgłos opukowy po obu stronach klatki piersiowej od szczytu do dolnego kąta łopatki jawny, poniżej przytłumiony. W miejscu przytłumienia drżenie klatki piersiowej i szmery oddechowe osłabione; na szczycie przytłumienia tu i owdzie wyraźne tarcie opłucne. Zresztą szmery oddechowe z tyłu na klatce piersiowej zaostrzone, pokryte świstami i furczeniami. Liczba oddechów 28. Serce prawidłowych rozmiarów. Nad koniuszkiem pierwszy ton nieczysty, rozszczepany; poza tem tony serca prawidłowe. Tętno regularne, dość dobrze napięte, 90 na minutę. Język wilgotny, lekko obłożony. Brzuch miernie wzdęty, dość tkliwy; w jelitach mierna ilość kału i gazów. Wątroba nie powiększona. Okolica śledziony za dotykiem bolesna, śledziona (opukiwanie) nieznacznie powiększona. Mocz winnożółty, mętnawy, oddziałuje kwaśno; nie zawiera ani białka, ani cukru. Skąpe białe upławy. Krąg 4. i 5. lędźwiowy za uciskiem bardzo bolesny; ruchy kręgosłupa nie bolesne. Odruchy prawidłowe. Chora przytomna i dość swobodna w czasie wolnym od bólów. Z jamy opłucnej lewej wydobyto strzykawką Pravatza płyn mętny, surowiczy, zawierający zwykłe składniki.

Chora pozostawała w szpitalu przez 25 dni i zmarła nad wieczorem 25. VI. Z początku przez 17 dni stan gorączkowy, przyczem najwyższa ciepłota była pod wieczór i dochodziła do 38° C.; ostatnie 8 dni ciepłota ciała była prawidłowa. Brak potów i plwocin, nieznaczne pokasływanie. W czasie spostrzegania klinicznego stan w płucach nie ulegał zmianie widoczniejszej; toż samo dotyczyło i narządu krążenia. Brzuch był coraz więcej wysklepiony z powodu płynu wolnego w jamie otrzewnej, za dotykiem tkliwy; brak łaknienia, język jużto znaczniej, jużto mniej obłożony, zaparcie stolca. Mocz winnożółty, mętnawy, oddziaływania kwaśnego, zawierał, począwszy od 20. VI., spory ślad białka, a w osadzie liczne krwinki czerwone i nieliczne białe. Chora przez cały czas odurzona i zmęczona, uskarżała się na nieznaczne kłucie w podżebrzu lewem, a na bardzo wielkie bóle w krzyżach i w kręgosłupie, które najsilniej występowały w nocy i nie dozwalały chorej spać pomimo stosowania środków nasennych i uśmierzających. Prześwietlenie promieniami Röntgena 19. VI. (Dr Korabczyńska) wykazało: Brak jakichkolwiek zmian w kręgosłupie. Oba płuca zasiane drobnemi zagęszczeniami, wychodzącemi z wnęki, przez co przejrzystość płuc zmniejszona. Po stronie prawej w dolnej części zmiany znaczniejsze; rozległe nacieki we wnęce i nad przeponą w częściach zewnętrznych płuca. Dokładnego badania kału i krwi z powodu znacznej liczby chorych, a braku sił lekarskich nie można było przeprowadzić. W ostatnich 6 dniach chora bardzo apatyczna i znużona z powodu bólów i bezsenności, przyczem na twarzy coraz bardziej wzmagająca się sinica przy liczbie oddechów 42, a tętna 150 na minutę. Tętno bardzo słabo napięte; oddechy powierzchowne; skąpe wymioty po płynnych pokarmach; zaparcie stolca. Nad wieczorem 25. VI. wśród silnej sinicy i zapadu zejście śmiertelne. Rozpoznanie kliniczne opiewało: Processus bacillosus disseminatus universalis (pulmonum, intestinorum, pleurarum, peritonei, gl. bronchialium et abdominis). Polyserositis (exs. pleuriticum bil. et peritonei). Jako punkt wyjścia sprawy chorobowej przypuszczano pierwotne zmiany gruźlicze w gruczołach oskrzelowych i jamy brzusznej, a wtórorzędne rozsiane na opłucnych i otrzewnej, tudzież w miąższu płucnym i w jelitach, do których to zmian dołączyło się zapalenie wysiękowe w jamach opłucnych i otrzewnej. Rozpoznanie to jednak za życia budziło pewne wątpliwości, gdyż przebieg kliniczny odbiegał nieco od procesu gruźliczego rozsianego, którego punkt wyjścia stanowi pierwotna gruźlica gruczołów chłonnych. Mia-

nowicie podnieść należy, iż 1) w czasie spostrzegania klinicznego tylko przez 17 dni z początku zauważono gorączkę, dochodzącą, i to pod wieczór, najwyżej do 38° C., a przez 8 dni ostatnich stan bezgorączkowy; 2) iż nie można było stwierdzić przy osłuchiwaniu płuc tych trzeszczących rzężeń, charakterystycznych dla gruźlicy prosówkowej i uzyskać grudek plwociny dla zbadania bakteryologicznego pomimo podawania środków wykrztuśnych; 3) iż ciągle utrzymywał się zupełny brak potów; 4) iż przez cały czas spostrzegania klinicznego aż do ostatnich dni przed zejściem śmiertelnem nie zauważono u chorej duszności i znaczniejszej sinicy twarzy; 5) iż przytomność u chorej była nieznacznie tylko zajęta, a chora okazywała raczej apatyę i silne znużenie wskutek bólów i bezsenności; wreszcie 6) iż niezwykłe nasilenie bólów w okolicy kręgów lędźwiowych przy braku zmian w kręgosłupie, występujących przeważnie w nocy i nie dających się uśmierzyć, nie odpowiadało objawom klinicznym, zazwyczaj spotykanym przy zmianach gruźliczych w gruczołach pozaotrzewnych, w jelitach i przy zapaleniu wysiękowem gruźliczem otrzewnej. To też wyjaśnienia bliższego miały dostarczyć oględziny pośmiertne.

Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. (prof. Dr Browicz) wykazały: Rozpoznanie anatomiczne: Carcinoma pylori exulcerans. Carcinosis pulmonum metastatica. Metastases carcinomatosae multiplices lymphoglandularum peribronchialium mesaraicarum, extraperitonealium. Metastases pancreatis et renum. Exsudatum pleurae ambilaterale. Peritonitis exsudativa. Degeneratio adiposa myocardii.

W protokole zmian pośmiertnych najważniejsze ustępy opiewają: Obie jamy opłucne bez zrostów, zawierają po $^3/_4$—1 litra cieczy nieznacznie mętnej, żółtawej. Opłucna obu płuc zasiana bardzo licznymi guzkami białawymi, dość twardymi, wystającymi ponad powierzchnię, wielkości ziarna prosa i grochu. Takież same guzki, bardzo gęsto zasiane, znajdują się w miąższu obydwu płuc. Poza tymi guzkami miąższ płucny powietrzny, różowawy. Gruczoły przy wnęce powiększone, białawe, dość miękkie, dochodzą wielkości dużego grochu. Jama brzuszna zawiera około litra cieczy mętnawej, zielonkowatej, opalizującej. Otrzewna wogóle przyćmiona, pokryta gdzieniegdzie białawymi guzkami, dochodzącymi wielkości prosa. W części odźwiernikowej żołądka naciek nowotworowy owrzodziały, wielkości orzecha włoskiego. Na przekroju w tem miejscu ściana żołądka zgrubiała, jednostajnie tkanką białawą, twardawą przerosła. Owrzodzenie pokryte jest skrzepem krwi. Trzustka znajduje się zmieniona nowotworowo wśród guza dochodzącego pięści dorosłego człowieka. Guz ten, usadowiony za tylną ścianą żołądka, zrasta się swym górnym końcem z dolną powierzchnią wątroby, nie drążąc jednak w głąb. Podobną tkanką zajęte są gruczoły zaotrzewne, które są powiększone do wielkości jaja kurzego i ściśle zrosłe z kręgosłupem. Podobnie powiększone, lecz tylko do wielkości fasoli, gruczoły krezkowe. W wątrobie przerzutów nie znaleziono. W nerce lewej znajduje się na powierzchni jeden guzek wielkości małego grochu.

Jak widzimy, rozpoznanie anatomiczne stanowiło w danym przypadku prawdziwą niespodziankę. Brak charłactwa i przypadów ze strony żołądka, krótkie, niespełna 7 tygodni (40 dni) trwanie całej choroby o charakterze ostrym zakaźnym, młody wiek chorej, liczącej 22 lat, nie naprowadzały na możliwość nowotworu raka żołądka, jako punktu wyjścia dla sprawy chorobowej. Podobnie, jak przebieg kliniczny, przedstawiał się niezwykle i obraz anatomiczny, jak i sposób szerzenia się raka żołądka w narządach wewnętrznych. Wobec tego trzeba się nad tym przypadkiem bliżej zastanowić.

Oględziny pośmiertne stwierdziły pierwotny naciek nowotworowy rozpadający się w części odźwiernikowej żołądka, a przerzuty w postaci guzków wielkości prosa i drobnego grochu w narządach wewnętrznych i na błonach surowiczych. Guzkami tymi zasiane były obie opłucne, miąższ płuc; natomiast w skąpej ilości znajdowały się one na otrzewnej, w nerce lewej. Jamy opłucne i jama otrzewna zawierały prócz tego od $^3/_4$—1 litra cieczy mętnej, wysiękowej, zapalnej. Poza tem trzustka nowotworowo zmieniona wśród guza, dochodzącego pięści dorosłego człowieka; nowotworowo zajęte gruczoły chłonne, i to gruczoły pozaotrzewne — powiększone do wielkości jaja kurzego i pozrastane ściśle z kręgosłupem i gruczoły wnękowe oskrzelowe dochodzące wielkości fasoli. Obraz anatomiczny zatem, pominąwszy owrzodzenie rakowe żołądka, nadzwyczaj podobny na pierwszy rzut oka do ostrej rozsianej gruźlicy, wychodzącej pierwotnie z gruczołów chłonnych, a następnie występującej w postaci rozsianej prosowatej w narządach wewnętrznych miąższowych i na błonach surowiczych, do której dołączyło się zapalenie wysiękowe w jamach surowiczych (polyserositis).

Niemniej zasługuje na uwagę i sposób rozszerzania się nowotworu z pierwotnego ogniska w żołądku na narządy wewnętrzne.

Jak wiadomo, rak żołądka szerzy się, albo przechodząc bezpośrednio na otoczenie albo tworzy przerzuty drogą naczyń limfatycznych, a często i przez naczynia krwionośne żylne. Komórki rakowe, oddzieliwszy się z dna macierzystego, zostają prądem limfy lub krwi zaniesione do różnych narządów wewnętrznych i tworzą tam wtórorzędne ogniska. Zazwyczaj gruczoły okołożołądkowe i pozaotrzewne są zajęte nowotworowo nawet wówczas, gdy na oko zdają się być niezmienione. Cuneo podaje odnośny odsetek na 85%. Od jamy brzusznej ulegają wielokrotnemu zajęciu nowotworowemu gruczoły klatki piersiowej i gruczoły obwodowe, jak pachwinowe i ponadobojczykowe. I w przewodzie piersiowym chłonnym nieraz zauważono wybujałości rakowate. Bardzo też często wytwarzają się przerzuty w wątrobie, która ze względu na zwolnione krążenie przedstawia bardzo korzystne warunki dla powstawania ognisk nowotworowych wtórorzędnych. Stąd też wydarza się, iż nieznaczne owrzodzenie odźwiernika żołądka może dać przerzuty nowotworowe w wątrobie wielkości głowy noworodka. Rzadziej przerzuty przy raku żołądka pojawiają się na sieci, otrzewnej; w trzustce, w nerkach, w narządach miednicy, w narządzie płciowym męskim, na opłucnej, w miąższu płucnym, w mózgu i kościach. Według mej statystyki przerzuty przy raku żołądka znajdują się w wątrobie w 40·7%; w gruczołach krezkowych i pozaotrzewnych w 23·4%; na otrzewnej, sieci, w gruczołach krezkowych i pozaotrzewnych w 8·4%; w trzustce i gruczołach pozaotrzewnych w 5·1%; w wątrobie, na opłucnej, w miąższu płucnym, gruczołach oskrzelowych i krezkowych w 1·7%; a w 5·1% w przebiegu raka żołądka nie można stwierdzić gołem okiem przerzutów w narządach wewnętrznych. Wogóle wątroba stanowi najczęściej siedzibę przerzutów przy raku żołądka.

W przypadku naszym wątroba była zupełnie wolna od przerzutów nowotworowych pomimo zajęcia tak licznych narządów wewnętrznych. Obraz anatomiczny wobec wątroby zupełnie wolnej od ognisk nowotworowych wskazywał, iż rak żołądka szerzył się pierwotnie w narządach wewnętrznych głównie przez naczynia limfatyczne, zajmując najpierw trzustkę, gruczoły pozaotrzewne i krezkowe, a następnie gruczoły oskrzelowe i błony surowicze. Dopiero w późniejszym czasie zajęte zostały płuca przez masowe zatory komórek nowotworowych, które przeszły bez zmian przez żyłę wrotną i wątrobę i z serca prawego zostały zaniesione do miąższu płucnego przez naczynia krwionośne; rzecz, w każdym razie niezwykła.

Ten niezwykły sposób szerzenia się raka żołądka, stwierdzony oględzinami pośmiertnemi, wyjaśnia nasze wątpliwości kliniczne ze względu na rozpoznawanie za życia sprawy rozsianej gruźliczej prosowatej w następstwie pierwotnego zajęcia gruczołów oskrzelowych. Znajdujemy wytłumaczenie, dlaczego przy domniemanej gruźlicy prosówkowej brakowało potów i charakterystycznych rzężeń w płucach, wysokiej gorączki i znaczniejszego zajęcia przytomności i dlaczego wybitna dusznica i sinica twarzy wystąpiła dopiero w ostatnich 6 dniach życia. Znajdujemy też wytłumaczenie dla tych silnych bólów, od początku choroby ciągle przeważających nad innymi objawami, ograniczających się trwale do części lędźwiowej kręgosłupa, a które zostały wywołane zajęciem wtórnem nowotworowem trzustki i gruczołów pozaotrzewnych, powiększonych do wielkości jaja kurzego, pozrastanych ściśle z kręgosłupem.

Zarzut, iż zbadanie treści żołądka mogło naprowadzić na należyte rozpoznanie, odpada, skoro zważymy, iż całokształt objawów klinicznych, a zwłaszcza brak przypadów żołądkowych tudzież wynik prześwietlania promieniami Röntgena zdawały się przemawiać z największem prawdopodobieństwem za rozsianą sprawą gruźliczą, a wobec zapalenia otrzewnej i bardzo wielkiego znużenia i osłabienia chorej wszelkie zabiegi dla uzyskania treści żołądka nie były obojętne.

Oprócz bardzo szybkiego przebiegu sprawy chorobowej; bo trwającej w całości niespełna 7 tygodni (40 dni) i niezwykłego tak klinicznego, jak i anatomopatologicznego obrazu należy podnieść w naszym przypadku brak charłactwa i wiek chorej, liczącej zaledwie 22 lata. Pomijając wyjątkowe przypadki, opisane przez Wilkinsona i Wiederhofera u noworodków, przez Cullingwortha u dziecka 5-tygodniowego i przez Scheffera u chłopca 14-letniego, rak żołądka zwyczajnie pojawia się między 40—60. rokiem, a bardzo rzadko przed 30. rokiem życia. Eichhorst u 324 chorych na raka żołądka raz tylko spostrzegał raka u 25-

letniego osobnika, a według jego statystyki odsetek w wieku od 25—30 lat wynosi 2%. Według Leberta rak żołądka poniżej 30 lat jest bardzo rzadkiem zjawiskiem i pojawia się u 1% chorych. Ziarko (Rzut oka na statystykę raka przewodu pokarmowego i wrzodu okrągłego żołądka. Nowiny lekarskie XXI) na 509 przypadków raka żołądka, spostrzeganych na moim oddziale, podaje odsetek w wieku poniżej 30 lat u mężczyzn 0·94%, a u kobiet 2·6%. W sprawozdaniu mojem, jako prosektora Szpitala lwowskiego (za rok 1894, 1895, 1896) najmłodszy przypadek raka żołądka dotyczył kobiety 26-letniej, a odsetek u kobiet w wieku od 26—30 lat był stosunkowo większy, bo wynosił 3·3% (u mężczyzn 0%). Wogóle zaznaczyć należy, iż rak żołądka według moich spostrzeżeń pojawia się w wieku poniżej 30 lat życia częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Antoni Cieszyński: **W sprawie techniki wstrzykiwań do nerwu podoczodołowego.** (Zur endoneuralen, perkutanen Injektionstechnik des Nervus infraorbitalis). (Oesterr.-ungar. Vierteljahrschr. für Zahnheilkunde 1918. Z. 1—2).

Chorzy wolą, aby znieczulenia przed zabiegami dentystycznymi wykonywać od strony jamy ust, dlatego też, jak sądzi autor, podano w podręcznikach znieczulenie nerwu podoczodołowego od strony jamy ustnej, jako typową metodę. Jednakże wstrzykiwanie płynu znieczulającego przez skórę policzka do nerwu w kanale podoczodołowym jest drogą prostszą i często lepszą. Chodzi tylko o dokładne oznaczenie punktu, w którym ma się igiełkę wbić i kierunku, w którym ją posuwać, aby się najłatwiej dostać do kanału. Otóż na podstawie badań stosunków anatomicznych na wielkim materyale oznacza autor położenie tego punktu i kierunek prowadzenia igiełki bardzo pomysłowo i dokładnie zapomocą systemu linii, wyrysowanych na twarzy chorego, których wytyczną są brzeg oczodołowy i źrenica oka chorego, gdy patrzy prosto przed siebie. Po opisaniu techniki wstrzykiwania podaje autor wskazania tej metody i wyniki swoich klinicznych spostrzeżeń. Autor wstrzykiwał 2% roczyn nowokainy z dodatkiem 1 kropli suprareniny (1:1000) względnie $1^1/_2$% rozczyn nowokainy z dodatkiem siarczanu potasowego (4·0) i soli (7·0 na 1000 cm^3 wody) i kropli suprareniny na 1 cm^3 płynu. Ilość wstrzykiwanego płynu $^3/_5$ cm^3. Znieczulenie trwało najmniej przez $1^1/_2$ godziny i było według statystyki autora w 87·3% przypadków — zupełne.

Ta metoda nadaje się doskonale do rękoczynów przy rozpoznaniu i leczeniu rwy drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego.

Dr Józef Mrozowski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie uroczyste dnia 9. października 1918.

Obecnych członków 72. Przewodniczy prezes prof. Krzyształowicz. Początek o godz. 6·10 wieczór.

Prezes wygłosił stosowne przemówienie z powodu ogłoszenia manifestu Rady Regencyjnej w Warszawie. Przemówienia tego wysłuchali obecni stojąc.

O godz. 6·25 prezes zamknął posiedzenie.

Posiedzenie zwyczajne d. 9. października 1918.

Obecnych członków 72. Przewodniczy: kol. prezes Krzyształowicz. Początek o godz. 6·40.

I. Przewodniczący poświęcił gorące wspomnienie pośmiertne ś. p. profesorowi Dr L. K. Glińskiemu.

II. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

III. Kol. prof. Ciechanowski wygłosił wykład: **O zmianach anatomicznych w grypie.** (Rzecz ogłoszona w Nrze 42. »Przeglądu lek.«).

IV. Kol. prof. Nitsch mówił: **O bakteryologii epidemii hiszpańskiej grypy.** (Ogłoszone drukiem w Nrze 46. »Przeglądu lek.«).

V. Kol. prof. Latkowski przedstawia **obraz kliniczny influenzy hiszpańskiej** na podstawie spostrzeżeń szpitalnych, obejmujących 67 przypadków, ze szczególnem uwzględnieniem postaci o gwałtownym przebiegu. Postacie te charakteryzują się zajęciem szczególnem narządu oddechowego, występującem w postaci zapalenia tchawicy, oskrzeli i oskrzelków (tracheobronchitis, bronchitis capillaris s. bronchiolitis) i zapalenia płuc. Przy rozległem zapaleniu oskrzelków może przyjść do zejścia śmiertelnego w ciągu 2—3 dni wśród objawów duszenia. Inne przypadki grypy kończą się śmiertelnie wskutek powikłań z zapaleniem płuc, przyczem zapalenie takie trwa kilka albo i kilkanaście dni. Są to postacie albo krwotoczne, albo też ropne zapalenia płuc i opłucnej. L. zwraca uwagę na częstość krwotoków w obecnej epidemii, szczególnie krwotoków z nosa, gardła, tchawicy, oskrzeli i kiszki grubej. Nierzadkiem zjawiskiem jest także białkomocz z elementami nerkowymi i wałeczkami. L. podaje obraz krwi (leukopenia w przypadkach czystych, leukocytoza w powikłanych) i dodaje kilka uwag o prątku influenzy i jego znaczeniu w obecnej epidemii. Śmiertelność influenzy w przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc, w materyale szpitalnym doszła do 47%. (Streszczenie własne).

VI. Dyskusya: 1) Prof. Browicz zwraca uwagę na niezwykły obraz zmian płucnych w toku choroby hiszpańskiej (morbus ibericus). W przypadkach ciężkich śmiertelnych zwraca uwagę charakter krwotoczny zmian, jakiego się nie spotyka w zwykłych zmianach płucnych, ani w toku zapaleń oskrzeli, ani zapaleń płuc (kataralnych i włóknikowych) ani też w przypadkach zmian ropniczych.

Prócz charakteru krwotocznego zmian płucnych zwraca uwagę wikłanie się zmian płucnych z ropieniem w postaci rozległych ognisk ropnych, ropienia międzyzrazikowego, a nadto powstawanie ognisk nakształt ognisk krwawych zatorowych, t. zw. nadzianek krwawych, czego się znowu w toku zwykłych zmian płucnych nie spotyka. Nadto ulegają te ogniska zgorzelinowaceniu, czego się również nie spotyka, chyba wyjątkowo, w toku zwykłych zapaleń płucnych.

Wygląd przekroju płuca niezwykły, ogniska różnego charakteru rozmieszczone obok siebie, różnorodność ognisk w jednem i tem samem płucu i płacie zazwyczaj dolnym, a obraz przekroju przypomina obraz rozgraniczeń na mapie geograficznej.

Wreszcie zwraca uwagę niezwykły udział opłucnej w sprawie ropnej, tak częstej w przypadkach ciężkich o obfitej wypocinie włóknikoworopnej. Spotyka się także bez śladu ropienia nacieki płynne krwawe, obejmujące nawet niemal całe płuca, zalewające powierzchnię przekroju o wybitnej cesze śluzowatej, barwy nie czerwonej, lecz wiśniowej, świadczącej o zmianie krwinek a względnie hemoglobiny.

Krwotoczny charakter zmian płucnych tak miąższu jakoteż oskrzeli, krwawienie z nosa, krwawy charakter nacieków płynnych w płucach, krwawień jelitowych, świadczą o niezwykłej przepuszczalności i nadwerężeniu naczyń krwionośnych, szczególnie naczyń włosowatych, o niezwykłej złośliwości zakażenia czy to paciorkowcem zwykłym, czy też może jakąś odmianą, dotąd nieznaną. Te stany płuca nadają właściwe piętno i są jedynie charakterystycznemi cechami anatomicznemi choroby hiszpańskiej, zmiany w innych narządach i tkankach są zwykłemi, w toku śmiertelnych chorób zakaźnych spotykanemi zmianami. (Streszczenie własne).

(Dokończenie nastąpi).

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

zlepny, agglutinabel.
dwubarwliwy, amphophil.
bezmózgowość, anencephalia.
dwuchwytnik, Amboceptor.
opadanie płatkami, Ausflockung.
wytłoczyny, Trester.
włosożerstwo, trichophagia.
cieczenie z nosa, Triefnase.
tłuszczochwytny, adipopexique.
pobudnik, Stimulin.

żywienie szczędzące, Schonungskost.
powietrze, mocz, kał resztkowy, Residualluft,- har,- kot.
gorączkotwórczość, Pyrogenese.
wielosutkowość, polymastia.
komórka różnotwórcza, Polyblast.
przeciwpasorzytny, parasitotrop.
zwój dodatkowy, paraganglion.
wyróżniać, zróżniać, differenzieren.
odkrwienie, decongestio.
gruźlica przez połykanie, Deglutitionstuberculose.
okres niedomogi, odrównoważenie, decompensatio.
torbiel limfatyczna, Cystenhygrom.
skrobanie, curettage.
leczenie zdrojowe, crenotherapia.
dusznica bolesna, Coronarangina.
przewodliwość, conductibilitas.
substancya skrzepotwórcza, Coagulin.
drgawka, clonus.
puchlina (brzuszna) mleczna, chyloascites.
nierozwit połowiczy, hemiaplasia.
glejak gwiazdkokomórkowy, astrocytoma.
trucizna komórkogubna, Cytotoxin.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Kliniki uniwersyteckie, pozostające dotąd, od początku wojny wszechświatowej, pod zarządem wojskowym, oddane zostają z d. 31. XII. b. r. Wydziałowi lekarskiemu. Chorzy wojskowi będą z klinik przeniesieni do szpitali wojskowych.

— Krakowski »Książęco-Biskupi Komitet pomocy dla dotkniętych klęską wojny« (K. B. K.) zamyka z d. 1. stycznia 1919 swoje czynności, głównie z powodu wyczerpania się funduszów; sekcye i instytucye, założone przez Komitet, bądź przestaną działać, bądź przekształcą się w samodzielne towarzystwa, zakłady i komitety. Sekcya sanitarna rozwiąże się zupełnie, a kolumny sanitarne, działające przeważnie w obrębie dawnej okupacyi austryackiej Królestwa, będą oddane państwowemu zarządowi sanitarnemu. Losem chorych dzieci i zakładami przeciwgruźliczymi w Zakopanem, oraz schroniskiem przeciwjagliczem w Oświęcimiu, zajmie się oddzielny Komitet, który się w tym celu zawiąże.

W »Przeglądzie lekarskim« podamy wkrótce, według ogłoszonego niedawno sprawozdania K. B. K., główne dane o działalności Sekcyi sanitarnej, która w imponującej działalności K. B. K. zajęła jedno z naczelnych miejsc.

— Dowiadujemy się, że doc. Dr Janiszewski nie przyjął ofiarowanej mu teki zdrowia publicznego, a także ofiarowanego mu później kierownictwa tegoż ministerstwa, uzależniając swoje wstąpienie do gabinetu od udziału w nim przedstawicieli byłego zaboru austryackiego i pruskiego. Zdaniem jego, w obecnych decydujących dla nas czasach koniecznem jest utworzenie gabinetu, w którym zasiadaliby przedstawiciele wszystkich trzech byłych zaborów, reprezentujący przynajmniej główne kierunki polityczne w kraju.

Warszawa. B. minister zdrowia publicznego, Dr Witold Chodźko, mianowany został podsekretarzem stanu i kierownikiem tego ministerstwa.

— Jak się dowiadujemy, Dr Malewski ustąpił ze stanowiska naczelnego lekarza armii polskiej, a na stanowisko to zaproszono Dr Zdzisława Hordyńskiego, b. general-lekarza armii austryackiej. Dr Hordyński miał zostać przed dwoma laty naczelnym lekarzem armii austryackiej, jednakże, jako Polaka, nie dopuszczono go do objęcia tego urzędu.

Zmarli: Dr Józef Rosenstadt, ordynator szpitala starozakonnych, w 48 r. ż. w Warszawie; kapitan-lekarz Dr Eberson i lekarz więzienny i sądowy Dr Władysław Smolarski w 53 r. ż., jako ofiary zawodu (z duru plamistego) w Krakowie.

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1918.

Gazeta lekarska Nr 44.—46.: Jaworski: O środkach zapobiegawczych przeciwko zajściu w ciążę oraz o zwalczaniu ich stosowania (44). — Ciechomski: Rzadki przypadek gruczolaka dobrotliwego w przewodzie wątrobnym (45—47). — Goldflam: O uleczalnej postaci zespołu Brown-Sequarda (46).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 41.: Orłowski: W sprawie psychonerwic urazowych, zwł. zależnych od wybuchu ciężkich pocisków w pobliżu.

Nowiny lekarskie Nr 3. K. Dziembowski (senior): Leczenie kamicy żółciowej. — Siwiński: Krzywa oddechu w przebiegu status epilepticus. — Cieszyński: W sprawie dziwnych obrzęków. — Rosenhauch: Rzadka postać zapalenia gruczołu łzowego.

Kronika dentystyczna Nr 11: Cieszyński: Wskazówki praktyczne.

Zdrowie Nr 11: Janiszewski: Polskie ministerstwo zdrowia publicznego. (Uwagi z powodu artykułu Dr J. Polaka). — S. Sterling-Okuniewski: Rzut oka na działalność Polskiego Komitetu do badania i zwalczania raka.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.